LE POINT SUR

Le préservatif féminin

Synthèse thématique

Février 2002

Cette synthèse thématique a été rédigée par l'Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités des Facultés universitaires Saint-Louis.

Elle a pour objectif d'apporter des éléments scientifiques à la réflexion des acteurs, organismes et pouvoirs publics concernés par la question abordée.

Le présent document est susceptible de subir des mises à jour en fonction des résultats de recherches scientifiques ou en fonction de l'évolution des réalités de terrain.

Toute question ou remarque au sujet de la présente synthèse peut être adressée à ses auteurs:

- ***Déogratias Mazina (02/ 211 79 82 – dmazina@fusl.ac.be)***
- ***Vladimir Martens (02/ 211 79 61 – vl.martens@fusl.ac.be)***

Table de matières

ABSTRACT 4
1. INTRODUCTION 6
2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES 7
2.1. Situation globale dans le monde 7
2.2. Situation épidémiologique en Belgique 10
2.2.1. Chiffres globaux 10
2.2.2. Différences selon le sexe 11
3. LES FEMMES FACE AU VIH/SIDA : UNE VULNÉRABILITÉ SPÉCIFIQUE 12
3.1. Pourquoi les femmes sont-elles plus vulnérables au VIH ? 12
3.2. Analyse selon les critères de lecture de la vulnérabilité 12
3.3. Éléments d'analyse complémentaires 16
3.4. Comment contribuer à la réduction de cette vulnérabilité ? 18
4. LE PRÉSERVATIF FÉMININ 20
4. 1. Considérations générales 20
4. 2. Description du préservatif féminin 20
4.2. Avantages et inconvénients mis en évidence dans la littérature 22
4.3. Le point sur les principales études 24
Efficacité en matière de protection contre les MST/SIDA 24
Efficacité en matière de contraception 25
Acceptabilité auprès des utilisateurs 27
Effets sur l'utilisation du préservatif masculin 32
Essais chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes 33
Coût élevé et initiative pour rendre la méthode financièrement plus accessible 33
Question de la réutilisation 34
4.4. Préservatif féminin : Situation en Belgique 35
4.5. Groupes spécifiques et situations particulières où le préservatif féminin est utile 36
5. QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES ET PERSPECTIVES 38
6. CONCLUSION 41
BIBLIOGRAPHIE 42

ABSTRACT

La vitesse de progression de l'infection à VIH dans le monde est de plus en plus inquiétante et le contrôle de la propagation de cette maladie ainsi que celui d'autres maladies sexuellement transmissibles constitue actuellement un défi majeur pour la santé publique.

La proportion de femmes infectées par rapport aux hommes ne cesse d'augmenter et l'on assiste à un phénomène de déplacement du fardeau de l'épidémie et de ses corollaires de l'homme vers la femme et ceci, aussi bien dans les pays économiquement avancés que dans les pays les moins avancés[1].

Ce phénomène n'est pas sans relations avec le problème de vulnérabilité au VIH que connaissent actuellement les femmes par rapport aux hommes. Ceci pour des raisons non seulement biologiques, mais aussi et surtout socio-économiques et culturelles, impliquant l'existence d'un rapport de domination des hommes sur les femmes dans la majorité des cas.

Cette situation invite les acteurs de prévention à envisager toutes les solutions susceptibles de permettre aux femmes d'exercer un pouvoir et un contrôle accrus sur leur vie en général et sur la protection de leurs rapports sexuels en particulier.

Une nouvelle méthode de barrière (le préservatif féminin) a été mise au point pour essayer d'apporter une solution à ce problème. Cette méthode a pour objectifs la protection contre les grossesses non désirées et la protection contre les maladies sexuellement transmissibles (dont le SIDA).

[1] Ici, l'expression « pays moins avancés » est employée tout en reconnaissant les enjeux de cette désignation.

Évidemment un outil technique comme celui-ci ne suffit pas à lui seul pour réduire cette inégalité entre les hommes et les femmes, mais il peut y contribuer en renforçant la confiance des femmes, en leur permettant de prendre des initiatives et en favorisant leur solidarité. Cette contribution n'est encore qu'hypothétique dans les pays où les femmes disposent de leur plein droit.

Malgré certaines critiques qui sont parfois objectives, parfois subjectives, son efficacité et son acceptabilité ont été largement présentées comme très satisfaisantes (notamment par l'OMS et l'ONUSIDA), et son utilisation est de plus en plus répandue dans certains pays d'Europe, d'Afrique et d'Amérique.

En communauté française de Belgique, à part quelques initiatives individuelles, la majorité de la population et des prestataires de soins semblent ignorer l'existence de cet outil. Celui-ci n'est ni commercialisé, ni distribué dans les services publics ou privés.

Ce document présente la synthèse des connaissances sur le préservatif féminin et quelques éléments explicatifs de la vulnérabilité des femmes face au VIH. Il a été rédigé à partir d'un parcours des principaux documents publiés à ce sujet, afin de fournir des informations de base au public belge, aux décideurs et aux acteurs de terrain dans le secteur de la lutte contre le SIDA et de la planification familiale.

Bien que les résultats des études d'évaluations d'acceptabilité effectuées dans d'autres pays soient très positifs, cette synthèse recommande une évaluation critique et rigoureuse de cet aspect en Belgique où le préservatif féminin n'est pas encore introduit. Il s'agit en effet d'éviter l' importation et l' utilisation d'un produit et des résultats de recherches sans tenir compte des expériences concrètes et spécifiques de la Belgique où beaucoup de femmes disposent de davantage de crédit, de droit à la parole et d'estime d'elles-mêmes.

Mot clés : VIH/SIDA, préservatif féminin, vulnérabilité des femmes face au VIH, prévention, contraception, Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), acceptabilité, rapports de genres.

1. Introduction

L'augmentation croissante du nombre de cas d'infection au VIH et la vulnérabilité spécifique des femmes invite les acteurs de prévention à envisager tous les moyens susceptibles de renforcer les ressources des femmes pour leur permettre d'agir d'une façon plus autonome dans le cadre de la protection des relations sexuelles.

La question qui se pose dès lors est d'étudier les méthodes efficaces qui assurent cette autonomie dans le cadre de la protection lors des relations sexuelles en permettant en même temps aux femmes de jouer un rôle actif dans la réduction de leur vulnérabilité et dans la prise de décision dans ce cadre.

L'une des méthodes qui mérite une réflexion approfondie est le préservatif féminin. Ce préservatif est considéré par certains auteurs comme la seule méthode que la femme pourrait utiliser et contrôler en toute sécurité (Smith et Lewis, 1998). Il pourrait ainsi selon eux constituer une alternative au préservatif masculin, méthode sur laquelle les femmes ont un moindre contrôle (FHI, 1995).

2. Données épidémiologiques

2.1. Situation globale dans le monde

Sur le plan mondial, l'épidémie du SIDA, dont les premiers cas ont été identifiés dans les années 80, a pris aujourd'hui une ampleur dépassant toutes les prévisions.

En outre, la vitesse de progression de l'infection à VIH chez les femmes est actuellement plus qu'inquiétante et la proportion des femmes infectées par rapport aux hommes ne cesse d'augmenter.

En décembre 2000, l'ONUSIDA estimait le nombre des personnes infectées par le VIH à 36 millions et le nombre de celles qui en sont décédées depuis le début de l'épidémie à 21,8 millions.

Dans beaucoup de pays, les femmes sont particulièrement exposées à l'infection à VIH. Les estimations récentes montrent que la moitié des personnes infectées dans le monde est constituée par des femmes. De 25% en 1990, la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH dans le monde est passée de 47 % en l'an 2000 et parmi les 34,7 millions d'adultes vivant avec le VIH dans le monde, 16,4 millions sont des femmes. Parmi les 21,8 millions de personnes décédées du SIDA depuis le début de l'épidémie, 9 millions sont des femmes[2].

Les femmes constituent actuellement plus de 50 % de tous les adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, 40 % dans les Caraïbes et 20 % en Amérique Centrale et du Sud.

En Europe, au cours des dix dernières années, la proportion de femmes parmi les personnes touchées par le SIDA a doublé, passant de 11% en 1986 à 21 % en 1996 (CRIPS, 1997).

[2] Données ONUSIDA, 2000.

À la fin de 1996, on estimait que 9 millions de femmes étaient porteuses du VIH. Près de 80 % d'entre elles avaient contracté la maladie lors de rapports sexuels non protégés avec un partenaire masculin infecté. Le reste avait été contaminé par d'autres modes de transmission comme la transfusion de sang contaminé et les injections avec du matériel non stérilisé (ONUSIDA, 1997).

Le tableau suivant montre la distribution des cas dans le monde selon les estimations de l'ONUSIDA en Décembre 2000.

Tableau 1 : Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, fin 2000

Région	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nouveau cas d'infection à VIH (adultes et enfants)	Taux de prévalence chez les adultes	Pourcentage de femmes parmi les adultes séro+	Principaux modes de transmission chez les adultes
Afrique subsaharienne	25,3 millions	3,8 millions	8,8 %	55 %	Hétéro
Afrique du Nord et Moyen Orient	400 000	80 000	0,2 %	40 %	Hétéro, ID
Asie du Sud et du Sud-Est	5,8 millions	780 000	0,56 %	35 %	Hétéro, ID
Asie de l'est et Pacifique	640 000	130 000	0,07 %	13 %	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	1,4 millions	150 000	0,5 %	25 %	Homo, ID, Hétéro
Caraïbes	390 000	60 000	2,3 %	35 %	Hétéro, Homo
Europe Orientale et Asie Centrale	700 000	250 000	0,35 %	25 %	ID
Europe occidentale	540 000	30 000	0,24 %	25 %	Homo, ID
Amérique du Nord	920 000	45 000	0,6 %	20 %	Homo, ID, Hétéro
Australie et Nouvelle Zélande	15 000	500	0,13 %	10 %	Homo
TOTAL	36,1 millions	5,3 millions	1,1 %	47 %	

Source : le point sur l'épidémie du SIDA Décembre 2000. ONUSIDA/OMS.
Hétéro : Hétérosexuelle ; Homo : Homosexuelle; ID : Injection de drogues.

2.2. Situation épidémiologique en Belgique

2.2.1. Chiffres globaux

Depuis le début de l'épidémie et au cours des quinze dernières années, le nombre de nouvelles infections à VIH diagnostiquées en Belgique a évolué dans un intervalle relativement étroit correspondant à des moyennes mensuelles de 58 à 81 nouveaux diagnostics. La voie de transmission prédominante pendant cette période était la voie homosexuelle, si on se limite aux cas enregistrés seulement chez les Belges (Institut Scientifique de Santé Publique, 2000).

Cependant, durant ces dernières années, on a observé une recrudescence de l'épidémie, avec une fréquence relativement élevée du nombre de nouveaux cas enregistrés par mois et une prédominance des cas transmis par voie hétérosexuelle.

Entre 1986 et 1996, le nombre de nouveaux cas notifiés par an, en Belgique fluctuait entre 7 et 10 pour 100.000 habitants. Pour tout le pays, en 1996, on déclarait 719 nouveaux cas, soit en moyenne 2 cas par jour.

C'est surtout à partir de 1997 qu'on a observé une tendance à l'augmentation de l'incidence des nouveaux diagnostics VIH. Entre 1997 et 1999, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués a augmenté de 15 %, passant de 690 en 1997 à 793 en 1999. Entre 1999 et 2000, on a également enregistré en moyenne respectivement 66 et 77 nouveaux cas par mois.

Selon les mêmes statistiques récemment fournies par l'Institut scientifique de Santé Publique (ISSP), au 31 décembre 2000, le nombre cumulé de personnes reconnues infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie est estimé entre 12.798 à 13.869 (éventualité de double enregistrement pour 1071 d 'entre elles).

2.2.2. Différences selon le sexe

Considérant les deux sexes, les modes de transmission les plus fréquemment rapportés sont les rapports hétérosexuels (60 à 65 %) et les rapports homosexuels (40 à 45 %).

L'analyse par sexe et par nationalité montre que, dans le groupe des Belges les hommes sont plus touchés que les femmes alors que dans le groupe des non-belges, les femmes sont les plus touchées. Ceci est probablement lié au mode de contamination qui est à prédominance homosexuelle chez les hommes belges et à prédominance hétérosexuelle chez les non-belges.

Depuis 1997, on constate une augmentation remarquable du nombre d'infections à VIH diagnostiquées chez des personnes de sexe féminin. Près de la moitié (48%) des infections découvertes en 1999 ont été diagnostiquées chez les femmes.

Cette progression rapide de l'épidémie est tellement importante qu'elle met en évidence un problème d'inégalité face au VIH existant mais longtemps négligé.

Par ailleurs, l'Institut Scientifique de Santé Publique a publié un rapport (ISP, janvier 2000-avril 2001) sur l'augmentation des cas de syphilis en Belgique à partir des données enregistrées dans les laboratoires vigies. 130 cas de syphilis active ont été enregistrés entre 2000 et mai 2001 (90 cas en 2000 et 47 cas dans les 4 premiers mois de 2001). On constate un triplement de cas enregistré mensuellement entre le premier trimestre de l'année 2000 et la période correspondante de l'année 2001. Le rapport ne donne pas de répartition par sexe mais seulement une distribution géographique estimative selon les sources de déclaration des données.

3. Les femmes face au VIH/SIDA : une vulnérabilité spécifique

3.1. Pourquoi les femmes sont-elles plus vulnérables au VIH ?

En 1997, l'ONUSIDA rapportait que la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH lors des rapports sexuels était jusqu'à 6 fois supérieure à celle des hommes. Environ 80 % des femmes porteuses du virus ont contracté la maladie lors des rapports sexuels non protégés avec un partenaire masculin (ONUSIDA, 1997).

Les raisons de cette plus grande vulnérabilité des femmes sont variées et sont aussi bien d'ordre biologique, économique que socioculturel. Outre les raisons biologiques, la plus importante raison socioculturelle de la vulnérabilité des femmes serait le système social actuel dans beaucoup de pays, qui favorise la domination des hommes sur les femmes, ce qui réduit l'autonomie des femmes et leur capacité à négocier les rapports sexuels ou à résister aux relations sexuelles forcées.

En raison de ce rapport de domination, les femmes éprouvent plus de difficultés à demander à leurs partenaires d'utiliser un préservatif ou à insister sur son utilisation dans le cadre des négociations lors des rapports sexuels.

3.2. Analyse selon les critères de lecture de la vulnérabilité

La vulnérabilité des femmes face au virus du SIDA est multidimensionnelle. Cet aspect multidimensionnel peut être analysé en considérant les 3 aspects et les 3 niveaux de lecture de la vulnérabilité tels que proposés par Delor et Hubert (2000).

Ces 3 aspects sont ***:***

- L'exposition, qui fait référence aux facteurs qui augmentent le risque d'infection ;

- La capacité, qui fait référence à la possibilité de mobiliser les ressources adéquates pour faire face à une situation ;

- La potentialité, qui fait référence aux conséquences particulièrement importantes pour certaines catégories de personnes.

Ces 3 niveaux de lecture de la vulnérabilité sont :

- La trajectoire sociale (caractéristiques saillantes de la personne qui expliquent son comportement)

- L'interaction (relations de la personne avec les autres individus)

- Le contexte social (effets exercés par le milieu dans lequel la personne se situe)

Il est important de signaler que l'analyse de la vulnérabilité des femmes va au-delà de la considération en matière de SIDA, mais se place dans un contexte plus large de la problématique du genre, du rapport de force et de la domination entre les hommes et les femmes.

Il s'agit d'une construction sociale et culturelle qui différencie les femmes et les hommes dans leurs relations et définit les façons dont ils interagissent.

Par exemple, la décision d'utiliser le préservatif pour se protéger est du ressort individuel (trajectoire sociale), mais comme l'acte sexuel met en présence deux individus au moins, cette utilisation exige une négociation entre les deux partenaires (interaction). L'issue de cette négociation sera influencée par le milieu dans lequel ils évoluent, le groupe socioculturel

auquel ils appartiennent respectivement (contexte). À ceci, vient s'ajouter le niveau de prise de risque de chaque partenaire, la prévalence du SIDA dans leur milieu et les conséquences que cela entraîne pour chacun des partenaires. Le tableau suivant donne quelques éléments en guise d'exemple pour expliquer cette vulnérabilité de la femme en matière de sexualité et en matière d'infection au VIH.

Tableau 2 : Quelques éléments explicatifs de la vulnérabilité des femmes face au VIH (adapté de Delor et Hubert, 2000)

Niveaux de lecture	Trajectoire sociale	Interaction	Contexte
Exposition	Éléments objectifs et subjectifs de la trajectoire qui influencent l'exposition : Représentation personnelle du corps, de la sexualité, de la féminité, estime de soi, signification accordée à la sexualité et au rapport sexuel, perception du préservatif comme protection ou comme obstacle au plaisir et/ou à l'amour, etc.	Éléments objectifs et subjectifs de la relation qui influencent l'exposition : Différences d'âge, d'expérience, de statut socio-économique, relations de dépendance économique et matérielle[3]	Éléments objectifs et subjectifs du contexte qui influencent l'exposition : Normes et prescriptions culturelles en matière de sexualité et de procréation, signification culturelle du préservatif.
Capacité	Ressources personnelles objectives et subjectives : Influence de l'âge, du niveau de formation, du niveau socio-économique sur la connaissance et la perception du risque, la capacité à négocier l'utilisation du préservatif [4].	Ressources relationnelles objectives et subjectives : Capacités de négociation dans une relation particulière, similitude ou différences de références culturelles, rapports de force.	Ressources contextuelles objectives et subjectives : Normes et prescriptions culturelles en matière de sexualité et de procréation. en particulier en ce qui concerne la répartition des rôles sexuels entre les hommes et les femmes et en matière de genre.
Potentialité	Conséquences de l'infection sur l'individu : Inégalités dans l'accès aux soins, infection de l'enfant	Conséquences de l'infection d'un des partenaires : Rupture, infection de l'autre partenaire, adaptation progressive au risque, changements dans la relation au cours du temps.	Le rôle de la société dans la gestion de ces conséquences :

[3] Un cas exemplaire du poids de cette différence et de l'inégalité est représenté par les prostituées en raison du rapport de force économiquement inégal et de relation de dépendance.

[4] Une combinaison de facteurs d'ordre biologique et social expose les femmes et les jeunes filles à des viols et abus sexuels, ce qui les expose à l'infection, en ne leur laissant pas le choix de décider d'utiliser le préservatif.

3.3. Éléments d'analyse complémentaires

Une autre tentative d'explication qui n'est en rien incompatible à la précédente est celle basée sur trois niveaux de classification : le niveau biologique, le niveau économique et le niveau socioculturel.

Niveau biologique

Les femmes sont environ 4 à 6 fois plus vulnérables que les hommes aux maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection au VIH (OMS, 2000). Les principales raisons sont :

- La forme anatomique des organes génitaux de la femme, dont la zone muqueuse plus étendue qui facilite les micro lésions, permettant la pénétration facile du virus, l'expose à une forte vulnérabilité par rapport à l'homme.

- Comme les hommes, les femmes courent un risque beaucoup plus élevé d'infection au VIH si elles présentent des MST non traitées. La différence est que chez les femmes, les MST n'ont souvent pas de symptômes apparents.

- Par leur force physique moindre, les femmes subissent parfois des rapports sexuels sous contrainte, ce qui augmente les risques de micro lésions, permettant l'entrée facile au virus.

- Il se pourrait qu'il y ait davantage de virus dans le sperme que dans les sécrétions vaginales (OMS, 2000).

Cet aspect peut être placé du côté de l'exposition et de la capacité en rapport avec la trajectoire de la femme en tant qu'individu biologique, mais aussi du côté de l'interaction avec les hommes eu égard à certains milieux où les rapports sexuels sont souvent forcés.

Niveau économique

La dépendance financière ou matérielle des femmes vis-à-vis des hommes les rend plus vulnérables. Un exemple extrême de cette dépendance est celui de la prostitution occasionnelle ou professionnelle. Cette situation est d'autant plus accentuée que les ressources nationales sont faibles, comme c'est le cas dans les pays les moins avancés. En effet, dans un certain nombre de contextes de pauvreté, ce type d'échange peut constituer le seule moyen de subsistance. Une femme d'un pays Africain qui se prostitue a plus de raisons, mais aussi plus de risques et plus de vulnérabilité qu'une femme européenne qui se prostitue. Évidemment, chaque cas mérite d'être analysé individuellement.

Cet aspect peut être classé tant dans l'exposition eu égard à la trajectoire, à l'interaction et au contexte que du côté de la capacité car cette situation sera influencée par plusieurs autres facteurs en rapport avec la capacité de la femme.

Niveau socioculturel

La majorité des causes socioculturelles de la vulnérabilité des femmes doit être considéré au niveau interactionnel et contextuel dans le tableau de lecture.

Il existe dans beaucoup de sociétés une culture du silence qui entoure le sexe, impliquant que les femmes sont supposées rester dans l'ignorance des questions sexuelles et passives dans les rapports sexuels.

De plus, dans de nombreuses sociétés, les normes culturelles sont telles qu'une femme ne peut discuter ou prendre une décision au sujet de sa sexualité. Dans un tel contexte, ces femmes ne peuvent demander et moins encore insister sur l'utilisation du préservatif ou d'une autre méthode de protection (OMS, 2000).

Les représentations culturelles dans beaucoup de sociétés font que les femmes ne peuvent pas refuser un rapport sexuel de peur que le signe soit interprété comme signe d'infidélité (délit qui ne concerne que les

femmes et non les hommes), ce qui souvent engendre la maltraitance, la violence ou le rejet.

Face à de telles considérations, il devient difficile voir même impossible pour les femmes de négocier non seulement les relations sexuelles, mais aussi les relations sexuelles protégées, ce qui compromet fortement le principe de Safer sex tel qu'imaginé par certains acteurs en matière de SIDA.

La problématique de la vulnérabilité des femmes est complexe et mériterait une analyse plus approfondie. Nous nous en tenons à quelques considérations dans le cadre de ce document. Une analyse plus précise devrait prendre en considération l'aspect multidimensionnel, relationnel et dynamique de la vulnérabilité de la femme. Pour chaque situation, il s'agit de répondre à des questions telles que : Quelles sont les caractéristiques de cette femme ? (son origine, son éducation, sa psychologie, ses motivations etc). Avec qui a-t-elle des relations sexuelles ? De quelle manière ? Pour quelles raisons ? Dans quelles circonstances et avec quelles conséquences ?

3.4. Comment contribuer à la réduction de cette vulnérabilité ?

La principale solution préconisée par les acteurs dans le domaine du genre et de la lutte contre le SIDA est de donner suffisamment de pouvoir aux femmes pour qu'elles puissent exercer un contrôle sur leur propre vie et en particulier leurs relations sexuelles (OMS, 2000).

Il apparaît que le préservatif féminin pourrait donner aux femmes une plus grande responsabilité dans la prise de décision concernant les rapports sexuels et l'utilisation du préservatif pour se protéger.

Puisque le préservatif féminin est porté par les femmes elles-mêmes, ceci leur donnerait une plus grande responsabilité dans certains cas où des hommes refusent le préservatif, mais à condition que le rapport de force dans la négociation et la prise de décision soit plus équitable (ONUSIDA, 1997).

La question est d'autant plus complexe que les campagnes actuelles de sensibilisation sur l'utilisation du préservatif destinées à la population en général ne tiennent pas compte des problèmes sociaux (rapport de domination des hommes sur les femmes) auxquels est lié le manque de possibilité de négociation par la femme concernant la sexualité.

Il est bien évident qu'un outil comme le préservatif féminin ne peut réduire seul les conséquences de la domination masculine. Il peut cependant y contribuer en renforçant le contrôle des femmes et en leur permettant de prendre des initiatives.

4. Le préservatif féminin

4. 1. Considérations générales

Le contrôle de la propagation du SIDA et des autres maladies sexuellement transmises constitue actuellement un défi majeur pour la santé publique.

L'on sait que l'un des moyens les plus efficaces de se protéger contre les MST et le SIDA est l'utilisation du préservatif masculin. Cette méthode a donné de bons résultats dans différents groupes de population comme parmi les homosexuels masculins ou dans une partie de la population générale. Cependant, le préservatif masculin a également montré les limites de son utilisation. Par ailleurs, la recrudescence des cas d'infection au VIH dans la population générale invite à envisager des méthodes nouvelles de protection en complément de l'utilisation du préservatif masculin.

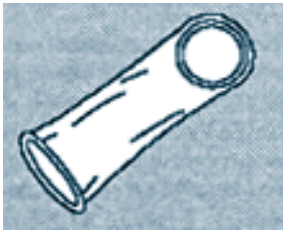
L'ONUSIDA et d'autres organisations actives en matière de lutte contre le SIDA estiment qu'il est nécessaire de trouver une alternative ou un complément au préservatif masculin pour donner une chance de protection aux femmes qui se sentent dépourvues devant les situations où l'utilisation du préservatif masculin n'est pas possible ou est difficile. On peut citer l'exemple de l'allergie au latex, du refus du partenaire masculin d'utiliser le préservatif, les difficultés rencontrées par les couples séro-discordants, etc. L'alternative proposée par l'ONUSIDA est le préservatif féminin (ONUSIDA, 1997).

4. 2. Description du préservatif féminin

Élaboré et proposé pour la première fois par un médecin danois (Lasse Hessel) vers les années 80, distribué en Europe pour la première fois en 1991 et aux USA en 1993, le préservatif féminin est actuellement utilisé dans de nombreux pays du monde (Amérique, Europe, Afrique, Asie).

Il s'agit d'un fourreau souple mais solide, transparent, fabriqué à partir d'une matière plastique (polyuréthane), considérée comme plus résistante que le latex utilisé habituellement pour le préservatif masculin (Gilmore, 1999).

Il a environ la même longueur que le préservatif masculin, mais il est plus large que celui-ci. Il mesure 170 mm de long,78 mm de diamètre dans sa partie supérieure large et 42 à 53 microns d'épaisseur.



Ce fourreau comporte deux anneaux en plastique à chaque extrémité. Celui de l'extrémité fermée (moins large) permet de l'insérer dans le vagin et de le maintenir en place contre le col de l'utérus, et celui de l'extrémité ouverte (plus large) permet au dispositif de demeurer hors du vagin en recouvrant la partie génitale externe de la femme et la base du pénis de l'homme.

Selon les concepteurs, tous ces éléments permettent de diminuer le risque de rupture, de rendre la méthode plus confortable et d'en accroître la durée de conservation. Il est pré lubrifié à l'aide de diméticone non spermicide à base de silicone, mais il peut être employé en association avec n'importe quel autre lubrifiant (à base d'eau ou d'huile). Il est à usage unique, mais des recherches sont menées actuellement pour tester sa réutilisation éventuelle (OMS/ONUSIDA, 2000).

Il est déconseillé de l'utiliser au même moment que le préservatif masculin car la friction entre les deux matières peut provoquer une déchirure.

Les seules marques commercialisées actuellement sont celles qui sont fabriquées par "Female Health Company" par le biais de sa filiale Chartex International de Chicago, USA (***Femidom®, Feminon®, Condom Féminin®***, ***Femi®, Reality®***) .

Selon l'OMS (2000), aucun effet secondaire n'a été constaté avec ce préservatif féminin.

4.2. Avantages et inconvénients mis en évidence dans la littérature

Outre l'aspect technique de son utilisation, par rapport aux autres méthodes contraceptives et au même titre que le préservatif masculin, le préservatif féminin présente l'avantage d'une double protection à savoir la prévention contre les MST/SIDA et la protection contre les grossesses non désirées. Les avantages mentionnés dans la littérature sont tantôt objectifs tantôt subjectifs, et certains sont d'ordre psychologique.

Les caractéristiques objectives et subjectives peuvent rentrer en contradiction. Par exemple, le fait qu'il recouvre toutes les parties génitales de la femme est considéré comme un avantage par rapport à la qualité de la protection et en même temps comme désavantage eu égard à la diminution de la sensation qu'il procure lors du rapport sexuel.

Les avantages mis en évidence par la plupart des études sont :

- Le polyuréthane a une bonne conduction de la chaleur, ainsi les rapports sexuels peuvent êtres plus sensibles et naturels. Le polyuréthane est également inodore et ne cause pas de réactions allergiques
- La liberté : possibilité de placement par la femme elle-même quelques heures avant le début des relations sexuelles, sans attendre que

l'homme soit en érection ni interrompre l'acte sexuel pour le placer (préliminaires). En outre, il n'est pas nécessaire de le retirer immédiatement après l'éjaculation

- Il est adapté à toutes les morphologies du vagin
- Il peut être utilisé sans ordonnance ni assistance médicale ;
- Il est pré lubrifié, mais peut aussi s'utiliser avec n'importe quel lubrifiant (à base d'eau ou d'huile)
- La fiabilité : moins de risque de rupture et de glissement dans le vagin
- La souplesse et la solidité
- La facilité de stockage et la longue conservation (se détériore difficilement)
- Le taux de déchirure moindre par rapport au préservatif masculin
- Le recouvrement de la plus grande partie des organes de la femme (meilleure protection)
- Le confort : il ne serre pas le pénis comme le préservatif masculin et assure un meilleur transfert de la chaleur.
- L'utilisation est possible en cas d'allergie au latex

Les désavantages évoqués par ces mêmes études sont :

- Manque d'esthétique : cette perception est souvent à la base des réactions initiales négatives dans le public quand on présente le préservatif féminin pour la première fois.
- Le prix élevé (entre 2-3 U$ par pièce), dû au coût important du polyuréthane
- Le fait qu'il recouvre tous les organes génitaux de la femme peut diminuer la sensation
- Le lubrifiant de base est gras et difficile à enlever
- Le bruit qu'il fait lors de l'introduction ou de l'utilisation
- La possibilité d'être repoussé vers l'intérieur du vagin
- L'utilisation difficile pour les jeunes filles lors des premiers rapports sexuels (exige une bonne connaissance de l'anatomie des organes génitaux).

4.3. Le point sur les principales études

Sans prétendre à l'exhaustivité, dans cette partie, nous essayerons de faire la synthèse des principales études que nous avons exploitées en évoquant les principaux résultats et expériences tirés de ces études.

Le préservatif féminin a fait l'objet de plusieurs études tant cliniques qu'épidémiologiques. La majorité des études réalisées sur le préservatif féminin le présente comme suffisamment efficace et largement acceptable par les femmes et par les hommes.

Efficacité en matière de protection contre les MST/SIDA

Le préservatif féminin bien utilisé devrait offrir le même degré de protection contre les MST/SIDA que le préservatif masculin. Il pourrait même offrir un degré de protection plus élevé du fait qu'il recouvre une partie plus importante des organes génitaux et du fait qu'il est moins susceptible de déchirure que le latex (Smith et Lewis, 1998 ; Path, 1997). Cependant, une mauvaise utilisation peut entraîner une réduction de son efficacité et un taux de protection relativement faible.

Les travaux réalisés en laboratoire ont montré que ce dispositif constituait une barrière efficace contre les organismes sexuellement transmissibles, comme le VIH (Drew et al., 1990).

Une étude comportant un test de résistance à l'eau (Leeper et al., 1989) a montré que le risque de rupture est significativement inférieur à celui du préservatif masculin (p=0001). Les auteurs ont également calculé une probabilité combinée de risque de rupture, de glissement et de dissémination vaginale et les résultats sont largement en faveur du préservatif féminin (3,3 % contre 11,5 % avec le préservatif masculin).

Les essais réalisés sur les préservatifs féminins indiquent que les fuites de sperme sont moindres par rapport au préservatif masculin et que le risque

de pénétration du sperme dans le vagin en raison du déplacement du préservatif est inférieur d'environ un tiers (ONUSIDA, 1997).

Aux États-Unis, les recherches menées par le FHI dans un groupe de prostituées (104 femmes) ont montré que le taux de réinfections par trichomonas approchait de 0 % chez 20 femmes qui avaient systématiquement utilisé le préservatif féminin contre 14 % chez 34 femmes qui l'avaient utilisé de façon irrégulière et 15 % chez 50 femmes qui ne l'avaient pas utilisé. Cette diminution était presque identique à celle qui était constatée dans les groupes utilisant les préservatifs masculins (Soper et al., 1993).

Une étude réalisée en Thaïlande en 1995 a montré que la disponibilité du préservatif féminin réduisait le taux de prévalence des MST. Il y avait une réduction de 25 % de la proportion des rapports sexuels non protégés et de 34 % de l'incidence moyenne des MST chez les prostituées de 34 maisons closes où le préservatif féminin était disponible en complément du préservatif masculin par rapport au groupe qui avait reçu le seul préservatif masculin (ONUSIDA, 1997). Une étude différente avait montré également que le fait de fournir aux femmes des préservatifs féminins diminuait considérablement le nombre de rapports sexuels non protégés (Fontanet, 1998).

Par contre, une autre étude effectuée au Kenya (1600 femmes) a comparé la prévalence de deux groupes. Le premier disposait à la fois du préservatif féminin et du préservatif masculin. Le second groupe ne disposait que du préservatif masculin seul. La comparaison des deux groupes n'a montré aucune différence significative quant à la diminution du taux de prévalence des MST dans la population étudiée. La réduction était de 18 % dans les deux groupes comparés (Drew et al., 1990).

Efficacité en matière de contraception

Outre sa propriété de protection contre les MST/SIDA, le préservatif féminin est une méthode de barrière, réversible, qui élargit le choix des méthodes contraceptives actuellement disponibles pour prévenir les grossesses non désirées.

Correctement et systématiquement utilisé, le préservatif féminin constitue un moyen efficace de prévention des grossesses non désirées. Le taux d'échec est semblable à celui des autres méthodes contraceptives de barrière classiquement connues.

L'efficacité de cette méthode a été démontrée par diverses études effectuées à travers le monde. In vitro, les essais ont montré que la membrane du préservatif féminin était imperméable aux spermatozoïdes (Drew et al., 1990).

D'autres études cliniques ont confirmé cette efficacité, mais à des degrés différents. Les taux bruts cumulatifs de grossesses accidentelles suivants ont été trouvés (calculés selon l'approche de la table de survie) (Bounds et al., 1992 ; Farr et al., 1994 ; Campbell, 1993).

- de 15 % au Royaume-Uni (calculé sur 12 mois),
- 12,4 % (calculés sur 6 mois) aux Etats-Unis
- 22 % en Amérique Latine.

Si l'on tient compte de l'utilisation correcte à chaque rapport sexuel, on a des taux d'échec moins élevés. Pour les mêmes études, les taux de grossesses accidentelles obtenus avec une utilisation correcte et systématique étaient respectivement de 2,6 % aux États-Unis et de 9,5 % en Amérique Latine.

Ces taux d'efficacité ne sont pas très différents de ceux qui ont été obtenus avec les autres méthodes de barrières, mais il faut rappeler que pour que ces méthodes atteignent leur niveau d'efficacité maximale, elles doivent être correctement et systématiquement utilisées (Deniaud, 1997).

Au Japon en 1998, on a rapporté des taux d'échec relativement plus bas que ci-dessus :1 % en cas d'utilisation correcte et systématique et 3 % en cas d'utilisation non consistante (Trussel, 1998).

Dans son tableau comparatif avec d'autres méthodes de barrière, l'OMS donne un taux annuel de grossesses accidentelles qui est estimé à 5 %, se plaçant entre celui du préservatif masculin (3 %) et le reste des

méthodes mécaniques comme le diaphragme (6 %) et le spermicide (6 %) (OMS, 2000).

Tableau 3 : Taux annuel de grossesses accidentelles pour une utilisation correcte et systématique

Préservatif féminin	Préservatif masculin	Diaphragme	Spermicide
5 %	3 %	6 %	6 %

Acceptabilité auprès des utilisateurs

La question de l'acceptabilité est souvent liée au confort, mais elle est importante car elle influence l'adhérence à une bonne utilisation.

Cependant, il faut que l'outil soit acceptable tant pour les femmes que pour les hommes, afin de garantir une utilisation correcte et systématique, ce qui garantirait également une meilleure protection contre les MST/SIDA et les grossesses non désirées.

Situation globale

L'OMS (2000) et l'ONUSIDA rapportent que d'après un certain nombre d'études d'acceptabilité effectuées dans beaucoup de pays, le préservatif féminin possède un taux d'acceptabilité assez élevé tant pour les hommes que pour les femmes.

Des études qui ont été menées dans plus de 40 pays d'Europe (France, Suisse), d'Afrique (Afrique du sud, Zimbabwe, Zambie, Sénégal, Côte d'Ivoire), d'Amérique latine (Mexique, Brésil) et d'Amérique du Nord (USA) ont montré que l'acceptabilité était satisfaisante mais à des degrés différents selon les âges, le niveau socio-économique, etc. Une synthèse réalisée par l'OMS sur environ 41 études d'acceptabilité a indiqué que le degré d'acceptabilité du préservatif féminin variait de 41 % à 95 % parmi les hommes et les femmes qui ont participés (UNDP/UNFPA/WHO, 1997).

Les deux principaux facteurs fréquemment évoqués comme favorisant l'acceptabilité étaient que la femme peut le mettre quelque temps avant le rapport sexuel et que l'homme n'a pas besoin de se retirer immédiatement après l'éjaculation. Ainsi la femme peut dormir avec ce préservatif sans aucun problème.

La plupart des études qui mentionnent des problèmes d'acceptabilité sont des études réalisées en Afrique, mais les auteurs signalent que cette proportion des participants qui racontent avoir connu des problèmes est relativement faible et les problèmes évoqués sont surtout d'ordre psychologique :

- le bruit lors des rapports sexuels
- la possibilité que cette méthode rebute le partenaire (Zimbabwe) ;
- la réaction du partenaire qui n'est pas favorable chez trois quarts des femmes étudiées (Cameroun) ;
- le manque de satisfaction des clients (des prostituées) chez plus de la moitié des femmes (Zambie et Côte d'Ivoire) (Deniaud, 1997).

Un certain nombre d'études récentes financées par l'ONUSIDA au Costa Rica, en Indonésie, au Mexique et au Sénégal (Rivers, 1998) ont rapporté que l'utilisation du préservatif féminin permettait aux femmes de pouvoir communiquer aisément avec leurs partenaire à propos de rapports sexuels protégés (Safe Sex).

Ainsi, toujours selon l'OMS, le préservatif féminin semble particulièrement intéressant pour ces deux groupes de personnes : les femmes qui ont connu des problèmes avec les contraceptifs hormonaux et toutes les personnes qui désirent se protéger contre les MST/SIDA et les grossesses non désirées mais dont les partenaires n'aiment pas le préservatif masculin ou sont allergiques à celui-ci.

Il est à signaler qu'une grande partie des études réalisées a été faite chez les prostituées (ex. : 6 parmi les 10 effectuées en Afrique), ce qui a parfois

contribué à ternir l'image de cet outil dans des populations de non-prostituées ou dans les pays développés. Certaines femmes redoutent d'être assimilées à des prostituées si elles utilisent le préservatif féminin (Mutenukile et Simonde, 1995). Cette inquiétude n'a pas de fondement comme l'ont montré les études effectuées dans les groupes de femmes non-prostituées et où l'acceptabilité était largement satisfaisante (Deniaud, 1997).

En ce qui concerne les critiques sur les aspects méthodologiques, certains auteurs évoquent le fait que la plupart des études d'acceptabilité n'ont pas tenu compte d'indicateurs pertinents. Ils proposent une liste des facteurs qui devraient être pris en compte dans de telles études. Ces facteurs sont présentés dans l'encadré suivant (Deniaud 1997).

Les facteurs qui influencent l'acceptabilité et quelques indicateurs d'acceptabilité

Les facteurs qui influencent l'acceptabilité sont liés :

- à l'outil (aspect, mode d'emploi, tolérance, innocuité, efficacité) ;
- à son mode de distribution (accès, coût), à la présentation qui en est faite, aux informations et conseils donnés ;
- à la personne qui le met en place (motivation, fonction de l'outil souhaité, perception de son propre risque vis-à-vis du VIH ou des germes sexuellement transmissibles, antécédents d'utilisation d'une méthode de barrière, niveau d'instruction, considérations morales ou religieuses, capacités d'anticipation etc.) ;
- à son partenaire (coopération, motivation) ;
- au contexte socioculturel et économique dans lequel évoluent les utilisateurs ;
- au contexte de la relation homme femme (gender) et de la relation sexuelle ;

- à la méthode d'étude de cette acceptabilité (ex : rémunération des participants, durée de l'essai), à la qualité de la collecte et de l'analyse des données ;

Les indicateurs d'acceptabilité

L'acceptabilité du préservatif féminin peut être reflétée par les indicateurs observés avant, pendant et après l'utilisation :

- Intérêt et motivation pour l'utiliser (acceptabilité d'opinion) ;

- Satisfaction d'utilisation qui elle aussi est influencée par la bonne tolérance physique, la réaction favorable du partenaire, le faible taux d'échecs techniques ;

- La volonté de l'utiliser dans le futur, d'informer les autres à ce sujet, de s'impliquer financièrement dans un achat futur.

Quelques exemples d'études d'acceptabilité et leurs résultats en Europe

En France, une étude a été menée dans un groupe de 25 femmes prostituées (116 préservatifs utilisés masculins et féminins), 67 clients ayant utilisés le préservatif féminin ont donné leur avis, avec 36 qui préféraient le préservatif féminin (54 %), 15 le préservatif masculin et 16 qui les trouvent équivalents. Parmi les 17 femmes qui ont donné leur accord, 9 préfèrent le préservatif masculin, 7 le préservatif féminin et une les trouve équivalents (Bounds et al., 1992).

Malgré quelques défauts signalés, la bonne acceptabilité du préservatif féminin a été également retrouvée par Bounds (1992) en Grande-Bretagne dans un groupe de 106 femmes recrutées dans un centre de planning familial : 43 % de leurs partenaires hommes préfèrent le préservatif féminin, et la moitié des femmes n'a pas trouvé son plaisir diminué.

Une enquête à caractère « marketing » en Suisse sur un échantillon de 411 femmes a également confirmé cette acceptabilité. 39 % des femmes l'ont utilisé plus d'une fois, 28 % trouvaient son emploi facile et 32 % le trouvaient difficile. Le but recherché était la contraception dans 23 % des cas et la protection des MST/SIDA dans 40 % des cas. Sur les 218 femmes qui désiraient continuer à l'utiliser, 91 % déclarent qu'elles le feront occasionnellement, 25 % le prévoient comme moyen anticonceptionnel et 75 % comme protection (CRIPS, 1997).

Quelques exemples d'études d'acceptabilité et leurs résultats en Afrique

D'autres résultats en Afrique du sud, sur un échantillon de 600 femmes des zones urbaines et rurales, ont montré que 84 % des femmes affirmaient qu'elles emploieraient dorénavant le préservatif féminin et 47 % d'entre elles affirmaient que leurs partenaires l'appréciaient ou n'avaient pas de difficultés à son égard (ONUSIDA, 1997).

Quelques exemples d'études d'acceptabilité et leurs résultats en Amérique

Des résultats semblables à ceux de l'Europe ont été trouvés en Amérique, à la Nouvelle Orléans, dans une autre étude sur 18 femmes afro-américaines et qui visait non seulement l'acceptabilité, mais aussi les connaissances, attitudes et pratiques. Les femmes préféraient le préservatif féminin et souhaitaient continuer à l'utiliser, même si certaines craintes initiales s'étaient révélées quant à son usage.

À Mexico, dans un groupe de 24 femmes prostituées, malgré les réactions initiales négatives à la présentation du préservatif féminin, les femmes ont insisté sur l'avantage de ce dispositif vis-à-vis des clients réfractaires au préservatif masculin, et lors des visites de contrôle, elles ont rapporté la satisfaction de leurs clients.

Effets sur l'utilisation du préservatif masculin

Les études réalisées à ce sujet ont montré que la disponibilité du préservatif féminin augmente l'utilisation du préservatif masculin et le nombre de rapports sexuels protégés.

Chez 1500 femmes Brésilienne à qui on a offert des préservatifs féminins, la proportion des rapports sexuels protégés tant par le préservatif féminin que par le préservatif masculin a augmenté de 31 % à 65 % (Barbosa et al., 2000).

Dans une étude prospective de 6 mois aux USA (Philadelphie) dans 2 cliniques pour MST, 895 femmes sexuellement actives ont reçu des préservatifs masculins et des préservatifs féminins. Les résultats de cette étude ont montré que le fait d'avoir à sa disposition les deux types de préservatif améliorait le degré d'utilisation systématique du préservatif masculin et diminuait ainsi le nombre de rapports sexuels non protégés (Macaluso, Demand et al., 2000 ; OMS, 2000).

Essais chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Certains auteurs (Gross et al., 1999) ont testé son utilisation dans les communautés homosexuelles de San Francisco. Malgré les biais qui sont signalés dans cette étude (auto sélection, rémunération des participants et faible taux de participation), 86 % de ceux qui avaient répondu ont trouvé le préservatif féminin acceptable. Un questionnaire auto administré avait été distribué. Sur les 750 envoyés, 108 ont été retournés. 8 % des répondants trouvaient l'utilisation de Reality ® (marque de préservatif féminin) inconfortable et 86 % déclaraient vouloir l'utiliser dans l'avenir en disant qu'il augmentait la sensation, la facilité et la spontanéité (Chamaret, 1999).

Cette étude n'a tiré aucune conclusion valable sur l'acceptabilité de ce préservatif dans la communauté gay. Il se pourrait que le groupe qui n'a pas répondu (plus nombreux) soit celui qui n'a pas apprécié son utilisation.

Coût élevé et initiative pour rendre la méthode financièrement plus accessible

Le prix du préservatif féminin est actuellement très élevé par rapport à celui du préservatif masculin. Dans les pays où le préservatif féminin est commercialisé, son prix unitaire équivaut à environ 3 U$, un prix qui est environ 5 à 10 fois plus élevé que celui du préservatif masculin. Or le coût est un facteur qui influence l'accessibilité, l'acceptabilité et l'utilisation systématique d'une méthode de prévention comme celle-ci. Dans les communautés à faibles revenus, un tel prix risque de décourager les utilisateurs (trices) potentiels et entraîner une faible acceptabilité et par conséquent une faible utilisation.

C'est pourquoi l'ONUSIDA a engagé des négociations avec les fabricants (Female Health Company) pour obtenir une réduction du prix, afin de permettre une large diffusion dans les pays à moindre revenu et pour rendre cette méthode plus abordable.

Ces négociations menées par l'ONUSIDA en collaboration avec les autres agences des Nations Unies ont permis de ramener son prix à un tarif préférentiel (0,30 à 0,61 U$ par pièce) pour le secteur public et de distribuer le préservatif féminin dans plus de 35 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine (Deniaud, 1997 et 2000).

Question de la réutilisation

Étant donné que le prix du préservatif féminin est actuellement très élevé, si la réutilisation était possible, elle rendrait cette méthode plus abordable et plus accessible pour les personnes à faible revenu.

En effet, malgré les consignes formelles données par l'OMS, la littérature rapporte que certains utilisateurs se livrent à des pratiques de nettoyage et de réutilisation, voire même de partage (utilisation successive par deux personnes) du préservatif féminin. La raison la plus souvent invoquée concerne le coût et la disponibilité (Caducée, 2000). La fréquence de ce phénomène est cependant assez faible (entre 0,3 à 1 % des utilisatrices selon les études) (Deniaud, 2000).

Quatre études réalisées en Afrique font état d'une réutilisation de ce préservatif, mais à des degrés différents : en Côte d'Ivoire (2 femmes sur les 40 étudiées), au Cameroun (3 femmes sur les 34 étudiées). Au Malawi presque la moitié des femmes interrogées ont signalé l'avoir utilisé deux fois et au Ghana presque la quasi totalité des participants ont signalé la même chose.

Suite à ces incidents, diverses études ont été entreprises pour évaluer la sûreté et l'efficacité de cette réutilisation (ex : Afrique du Sud, Zimbabwe, Kenya).

C'est dans ce cadre que l'OMS et l'ONUSIDA ont organisé conjointement en juin 2000 une consultation des experts de la question pour prendre une décision appropriée. Après cette consultation, ils ont estimé que les données disponibles ne permettaient pas de tirer des conclusions définitives. C'est pourquoi ils ont recommandé que le préservatif féminin reste à usage unique et que des instructions claires soient fournies aux

utilisatrices pour éviter qu'elles ne soient tentées de le réutiliser (OMS/ONUSIDA, 2000).

4.4. Préservatif féminin : Situation en Belgique

Depuis longtemps, le préservatif masculin est considéré comme le seul moyen technique de contraception et de prévention contre les MST/SIDA et fait l'objet d'une promotion à grande échelle en Belgique.

Contrairement à la France où l'introduction du préservatif féminin date de 1991 et sa commercialisation en 1998, en Belgique, il n'est ni commercialisé dans les pharmacies, ni distribué dans les services de planification familiale.

Même s'il y a eu ici et là des initiatives individuelles d'utilisation, aucune documentation ne permet d'avoir des informations sur son existence en Belgique, à l'opposé des pays d'Afrique sub-Saharienne où plus d'une quinzaine d'études d'acceptabilité ont été effectuées (ONUSIDA, 2000).

Pourtant le préservatif féminin est aujourd'hui distribué dans beaucoup de pays du monde, surtout dans les pays d'Afrique et d'Amérique, mais en Belgique la majorité de la population et même des prestataires de soins semblent ignorer son existence.

Une tentative de l'explication serait peut-être que ce produit n'est pas encore enregistré par le ministère de la santé comme médicament. Rappelons à cet égard que même le préservatif masculin n'est enregistré comme médicament que pour des raisons de contraception.

Signalons que ce préservatif bénéficie de la norme Européenne depuis 1998.

4.5. Groupes spécifiques et situations particulières où le préservatif féminin est utile

Bien que dans les pays industrialisés, la question de la vulnérabilité des femmes soit moins problématique que dans les pays en développement, des spécificités au sein de chaque société et de chaque couple font qu'on ne peut pas d'emblée exclure la nécessité de faire appel à l'utilisation de cette méthode.

Il est à signaler que cette utilisation ne se situe pas uniquement sous l'angle de la vulnérabilité de la femme, mais également dans un contexte plus large qui cherche à trouver une alternative efficace aux méthodes mécaniques de contraception et de protection contre les MST et le SIDA, là où l'utilisation du préservatif masculin n'est pas possible.

Ainsi les situations suivantes peuvent être considérées comme nécessitant l'introduction du préservatif féminin :

- **Couples séroconcordants ou sérodiscordants** : vu l'évolution de l'épidémie du SIDA, il devient de plus en plus nécessaire de trouver aux couples sérodiscordants (ou même concordants) une méthode de protection qui pourrait constituer une alternative au préservatif masculin utilisé habituellement.
- **Couples avec un(e) ou des partenaire(s) qui refuse le préservatif masculin** : dans le cadre des couples dont un des partenaires refuse d'utiliser le préservatif masculin, le préservatif féminin pourrait être présenté comme une alternative. Ceci dépend évidemment de la raison qui a motivé ce refus.
- **Les professionnelles du sexe** : considérant la double protection qu'il offre, et tenant compte de la réduction du nombre de rapports sexuels non protégés là où il est disponible (Fontanet et al., 1998), le préservatif féminin pourrait être fourni aux professionnelles du sexe en complément d'autres méthodes de protection comme le préservatif masculin.

- **Allergie au latex** : le problème d'allergie au latex est évoqué chez environ 8 % de sujets qui utilisent le préservatif masculin. Puisque le préservatif féminin est fabriqué en polyuréthanne, tout à fait différent du latex, il pourrait aider à résoudre ce problème.

- **Irresponsabilité de partenaires (drogue, alcoolisme**) : dans le cadre de l'utilisation du préservatif masculin comme méthode contraceptive, certaines situations d'irresponsabilité des partenaires (ex-consommation de drogue, alcoolisme) ont été évoqués comme source d'échec. Le préservatif féminin pourrait protéger la femme dans de telles situations, car il peut être mis quelque temps avant le début du rapport sexuel (ONUSIDA, 2000).

- **Rompre la routine** : hormis le problème de négociation entre la femme et son partenaire, le préservatif féminin, comme alternative au préservatif masculin, permet de varier les pratiques des couples qui utilisent habituellement ce dernier (Terpan, 2001). Il s'agit d'un argument avancé par les firmes qui commercialisent le produit.

- **Éviter d'interrompre l'acte sexuel :** Dans les enquêtes effectuées chez les utilisateurs du préservatif masculin, l'une des raisons évoquées de la non-utilisation était le fait que le port du préservatif demande d'interrompre l'acte sexuel (arrêt des préliminaires), ce qui fait perdre du temps, de l'excitation et peut conduire à des problèmes d'érection.

- **Rupture des rapports sexuels et frigidité :** Le préservatif masculin a parfois été évoqué par les spécialistes parmi les causes de frigidité chez les femmes à cause du temps mort situé entre les préliminaires et le début des rapports sexuels. Le préservatif féminin, puisqu'il ne demande pas que le partenaire masculin soit en érection et qu'il peut se placer bien avant les préliminaires (même des heures avant), pourrait constituer une des solutions à ces problèmes.

5. Questions complémentaires et perspectives

À l'instar d'autres pays d'Europe, d'Amérique et d'Afrique, il serait intéressant d'envisager la pertinence d'une diffusion du préservatif féminin en Belgique. Une évaluation rigoureuse de tous les aspects relatifs à l'acceptabilité et la perception par les utilisateurs et leurs partenaires est recommandée avant son éventuelle diffusion à grande échelle.

Étant donné la complexité des causes de la vulnérabilité des femmes face au VIH/SIDA, il est nécessaire de concevoir un instrument permettant de suivre dans une perspective à long terme l'évolution des normes et valeurs favorables à la réduction de cette vulnérabilité. L'étude de l'évolution de ces normes et valeurs exige également un travail plus global dans le domaine du genre et non seulement dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Ceci exige une concertation et une collaboration étroite avec tous les acteurs impliqués dans les questions liées au genre, à l'éducation affective et sexuelle, à l'égalité des chances.

Certaines questions doivent faire l'objet d'un examen critique en collaboration avec différents acteurs de terrain.

♦ **En ce qui concerne le préservatif lui-même:**

· Identifier tous les groupes cibles pour lesquels le préservatif féminin pourrait constituer un élément pertinent de protection contre le VIH/SIDA et les grossesses non désirées.

· Développer des recherches qualitatives plus approfondies sur les aspects éducatifs, psychologiques et symboliques liés au préservatif féminin chez les utilisatrices potentielles et leurs partenaires.

· Évaluer l'acceptabilité du préservatif féminin par les femmes et par les hommes dans le cadre des relations sexuelles.

- Analyser en concertation avec les services de planification familiale les possibilités et la pertinence de l'exploitation de la double utilisation du préservatif féminin comme moyen de contraception et de protection telle que ceci a été recommandé par l'OMS.

En ce qui concerne l'accessibilité du préservatif:

- Identifier les facteurs contextuels qui influencent l'accessibilité du préservatif féminin et les stratégies pour améliorer cette accessibilité (prix, disponibilité sur le marché belge, information des services sanitaires, etc.).

- Mettre à la disposition des acteurs et des autorités compétentes des informations et des recommandations relatives aux groupes pour lesquels un besoin et/ou une demande est exprimé et aux stratégies à mettre en œuvre pour favoriser l'accessibilité.

En ce qui concerne la question de la vulnérabilité des femmes:

- Réaliser un recueil de données existantes au sujet de la vulnérabilité des femmes à l'égard du Sida, des maladies sexuellement transmissibles et en matière de santé de manière plus générale, et formuler des recommandations pour l'amélioration de cette situation.

- Identifier les éléments du contexte qui renforcent et entretiennent les inégalités entre hommes et femmes en matière de protection contre le sida et en matière de santé sexuelle.

- Dans les programmes d'introduction du préservatif féminin, il est indispensable d'évaluer l'acceptabilité par les hommes et de les impliquer dans le processus de sensibilisation et d'évaluation si l'on veut obtenir de bon résultats.

Enfin, des questions et hypothèses peu ou pas explorées à ce jour mériteraient d'être prises en considération, telles que :

- Dans quelle mesure l'acceptabilité élevée dans le chef des hommes par rapport au préservatif féminin que l'on constate ailleurs ne serait-elle pas essentiellement liée à la délégation de responsabilité que celui-ci opère, libérant l'homme de la contrainte technique du condom ainsi que du poids "moral" de la responsabilité. L'acceptabilité doit ainsi se restituer à l'intérieur du rapport de domination entre les individus (hommes/femmes) et il faut se demander si l'effet annoncé de meilleur contrôle par la femme de sa protection n'entraîne pas en fait un renforcement du contrôle plus ou moins implicite de la sexualité des femmes par les hommes sous le triple mode :

    - de la délégation de la charge morale

    - du caractère secondaire, voire dérisoire, des considérations relatives à la jouissance féminine, qui se marque notamment par la faiblesse des dispositifs méthodologiques permettant de l'investiguer au-delà des déclarations souvent convenues des femmes elles-mêmes.

    - du caractère "vestimentaire" du produit préventif voilant partiellement le corps de la femme et participant hypothétiquement à sa réduction subjective au statut d'objet-partenaire de la jouissance masculine.

- La perception par les femmes de ce préservatif en rapport avec la représentation du rapport sexuel comme signe de relation amoureuse profonde.

- L'impact (positif ou négatif) que peut avoir le préservatif féminin sur la relation égalitaire des femmes avec leurs partenaires masculins.

6. Conclusion

Tenant compte de la vitesse de progression de l'épidémie du SIDA et en considérant le degré de vulnérabilité des femmes, certaines mesures susceptibles de donner de l'autonomie à la femme sont à encourager et le préservatif féminin est hypothétiquement l'une de ces mesures.

À l'instar de certains autres pays européens comme la France, la Suisse, l'Angleterre etc, et suite aux récentes recommandations de l'OMS, la mise à disposition du préservatif féminin en tant que méthode contraceptive et de protection contre les Maladies Sexuellement transmissibles et le SIDA, mérite d'être envisagée en Belgique. Cette disponibilité devrait être accompagnée d'une évaluation critique et rigoureuse portant sur son acceptabilité, sa perception dans un contexte spécifiquement belge et sa contribution dans le cadre des relations entre les genres en général.

L'éventuelle introduction du préservatif féminin en Belgique doit être réfléchie sur le plan stratégique afin de produire un impact remarquable en termes de santé publique.

La mise à disposition et l'évaluation de cette mise à disposition doivent faire l'objet d'une concertation en continu avec les acteurs de la prévention du Sida, de l'éducation sexuelle et affective et les organismes de planification familiale.

Bibliographie

BALESTRO, F., Le SIDA : Deux nouvelles armes pour mieux le combattre, le préservatif féminin et le traitement post exposition, Publ. du Centre Régional d'Information des Jeunes (CRIJ), France.

BARBOSA, RM., BERQUO, E., KALCKMAN, S., 2000, Acceptability of the female condom in different Social Contexts : Final Research Report. Brasilia, Brazil : Ministry of Health, National STD/AIDS Co-ordinating Office.

BOUNDS, W. et al., Female condom : A clinical study of its use, effectiveness and patient acceptability, Brit.J.Fam.Plann. 18, 36-41, 1992.

BOUNDS W., GUILLEBAUD, J., Newman, GB., 1992, Female condom (Femidon ™). A clinical study of its use-effectiveness and patient acceptability, Br J Fam Planning, **18** (2) , 36-41.

CADUCEE, 2000, Le réemploi du préservatif féminin à l'étude.

CAMPBELL, P., 1993, Efficacy of female condom , The Lancet, 341 , p. 1155.

CHAMARET, S., 1999, Préservatif féminin et pénétration anale masculine, Transcriptase sud, n° 75.

CRIPS, 1997, Le point sur le préservatif féminin : Synthèse documentaire.

DE VINCENZI, L. et al., 1994, Le préservatif féminin : un essai d'acceptabilité réalisé par un groupe de femmes prostituées à Paris, BEH, 7, 33.

DELOR, F. et HUBERT, M., 2000, Revisiting the concept of « vulnerability » in Social Sciences and Medecin, London, Elsevier Sciences, vol.50, 11, pp. 1557-1570.

DENIAUD, F., 1997, Actualité du préservatif féminin en Afrique, Cahier Santé, 7 , 6.

DENIAUD, F., 2000, Le préservatif féminin peut être un facteur de changement social en Afrique, Transcriptase Sud, n° 5.

DREW, WL., BLAIR, M., MINER, RC., CONANT, M., 1990, Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. Sexually Transm. Dis., **17**(2) , 110-12.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI), 1999, The female condom : What do we know ?.

FARR, G., GABELNICK, H., STURGEN, K., DORFLINGER, L., 1994, Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom, Am. J. Public Health, **84** (12) , 1960-64.

FELDBLUM, PL., KUYOH, MA., BWAYO, JJ. et al., 2001, Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence : results of a community intervention trial in Kenya, AIDS 2001 , 15 (8) , 1037-44.

FHI, 1995, Le préservatif féminin : contrôlé par la femme, Network en français, Vol. 10 , n°4.

FONTANET, A. L. et al., 1998, Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom : results from a randomized controlled trial, AIDS 1998, **12,** 1851-1859.

GEETA RAO GUPTA, 2000, Genre, sexualité et VIH. In Transcriptase sud n° 5.

GILMORE, C. E., 1999, The development of non latex condoms :The female Condom, FHI.

GROSS, M., BUCHBINDER, S. P., HOLTE, S., CELUM, K. L., KOBLIN, B. A., DOUGLAS, J. M., 1999, Use of Reality "Female Condoms" for anal Sex by US Men who Have sex with Men. Am. J. of Public Health, 89 (11) ,1739-41.

Institut Scientifique de Santé Publique Louis Pasteur, La syphillis augmente en Belgique. Enregistrement par un réseau de Laboratoires Vigies, Janvier 2000 – Avril 2001.

Institut Scientifique de Santé Publique Louis Pasteur, Service d'Épidémiologie, 2001, Le SIDA en Belgique, Situation au 31 Décembre 2000, Rapport semestriel n°52, Bruxelles.

Institut Scientifique de Santé Publique Louis Pasteur, Service d'Epidémiologie, 2000, Epidémiologie du SIDA et de l'Infection à VIH en Belgique, Situation au 31 Décembre 1999, Rapport semestriel n°52, Bruxelles.

LEEPER, M. A. et al., 1989, Evaluation on the WPC 333 female condom barriers, Int. Conf. AIDS 5, 749.

MACALUSO, M., DEMAND, M. et al., 2000, Female Condom use among women at high risk for sexuallly transmitted disease, Fam. Plann. Perspectives, 32 (3) , 138-44.

Ministère de la Communauté Française, PROMES, ISSP, 1999, Infection au VIH et SIDA dans la Région Wallonne et dans la Région de Bruxelles Capitale.

MUTENUKILE, El., SIMONDE, S., 1995, The acceptability study of the female condom in Zambia. Lussaka : The University of Zambia, School of Medecine, 19 p (report).

OMS, 2000, Les femmes et le SIDA : Pourquoi les femmes sont vulnérables au VIH, Aide-mémoire N°242.

OMS, 2000, Les préservatifs doivent être utilisés plus souvent comme moyen de planification familiale, en particulier la où sévit l'épidémie du SIDA, Déclaration OMS/12 du 18 Novembre.

OMS, 2000, What we know about Female Condom in "The female Condom : a guide for planning and programming" , WHO and UNAIDS 2000 – WHO/RHR/00.8.

OMS/ONUSIDA, 2000, le Point : consultation sur la réutilisation du préservatif féminin. Déclaration conjointe, Août.

ONUSIDA, 1997, Des progrès dans la prévention des MST et du VIH/SIDA grâce au préservatif féminin, L'ONUSIDA soutient le préservatif féminin, « Une option supplémentaire précieuse », Communiqué de presse, Genève 15/07/1997.

ONUSIDA, 2000, Global summary of the HIV/AIDS epidemic.

ONUSIDA, 1997, Le Préservatif féminin et le SIDA, Point de vue.

PATH, The female condom : for men and women, Outlook 1997 , 15 (4) 4-6.

RIVERS, K., AGGLETON, P., ELIZONDO, J. et al., 1998, Gender relations, sexual communication and the female condom, Critical Public Health, 8 (4) , 273-90.

SMITH, J.B., LEWIS, J., 1998, Le préservatif féminin, Bulletin Médical de l'IPPF, vol 32, 3.

SOPER, DE., SHOUPE, D., SHANGOLD, GA., SHANGOLD, MM., GUTMANN, J., MERCER, L., 1993, Prevention of trichomoniasis by compliant use of the

female condom. Sexually Transm. Dis., **20**(3) : 137-39, in Bulletin Médical de l'IPPF Vol 32.

TERPAN PRÉVENTION, FEMIDON, préservatif féminin, Avril 2001.

TRUSSELL, J., 1998, Contraceptive efficacy of the Reality female condom, Contraception, 58 (3) , 147-48.

UNAIDS, 2000, Global summary of the HIV/AIDS epidemic.

UNAIDS, 1997, The female condom and AIDS, UNAIDS point of view.

UNDP/UNFPA/WHO/Wbank, 1997, Special Programme of Research on Human Reproductive, The female Condom : A Review. Geneva, WHO.

WHO, 2000, Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections, Fact Sheet n° 243 .

WHO, 2000, The female condom : a guide for planning and programming, WHO/RHR/00.8.